

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 17

DE L'ANURIE
DANS LES
TUMEURS DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES RAUX

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

né à Paris, le 25 Janvier 1887.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

DE L'ANURIE DANS LES TUMEURS DE L'OVAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 17

DE L'ANURIE
DANS LES
TUMEURS DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES RAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Paris, le 25 Janvier 1887.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
		BARD.
		PONCET.
		JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements		FABRE.
Clinique ophtalmologique		ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS.
Clinique des maladies mentales		X.
Clinique des maladies des enfants		WEILL.
Clinique des maladies des femmes		POLLOSSON (A).
Physique médicale		CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique		HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie		MOREL.
Matière médicale et Botanique		BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie		MORAT.
Pathologie interne		COLLET.
Pathologique et Thérapeutique générales		COURMONT (P.)
Anatomie pathologique		PAVIOT.
Médecine opératoire		POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée		X.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène		COURMONT (J.).
Thérapeutique		PIC.
Pharmacologie		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LESIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THÉVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, président; VILLARD, assesseur; PATEL et THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce travail, faible
témoignage de reconnaissance
et d'infinie tendresse.

A MES SŒURS

A MA TANTE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

*Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Il nous fait le grand hon-
neur de présider notre jury
de thèse. Qu'il veuille bien
accepter l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Il nous a inspiré l'idée de ce travail. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés et pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

L'anurie dans les tumeurs de l'ovaire

L'anurie apparaissant au cours du développement des tumeurs pelviennes, surtout chez la femme, est un fait actuellement bien connu et qui reçoit chaque jour une confirmation nouvelle. C'est ainsi que chez plus de la moitié des femmes atteintes de cancer de l'utérus, on assiste, au cours de l'évolution de cette maladie, à l'apparition, soit comme symptôme initial d'un néoplasme de l'utérus jusque là complètement ignoré, soit comme complication brusque éclatant au cours d'un néoplasme utérin diagnostiqué depuis longtemps, soit plus fréquemment encore sous la forme d'accidents évoluant lentement et progressivement, d'une crise d'anurie qui aboutit en quelques jours à l'intoxication urémique de la malade et à la mort.

Les crises d'anurie survenant au cours de l'évolution des néoplasmes de la vessie, de la prostate, du rectum, ont été bien étudiées au cours de ces dix dernières années.

Or, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question de l'anurie au cours des tumeurs pelviennes,

ne s'occupent nullement, ou bien ne font que signaler comme une éventualité possible, mais extrêmement rare, l'anurie survenant au cours des tumeurs de l'ovaire. Cependant les troubles dysuriques survenant au cours de ces tumeurs ont été signalés depuis longtemps : nombre de femmes atteintes de tumeur de l'ovaire présentent de l'albuminurie, de la pollakiurie ou de la rétention d'urines.

Dartigues (*Journal de Gynécologie*, 1899) range parmi les symptômes des tumeurs solides de l'ovaire les compressions viscérales qui peuvent s'exercer au cours de l'évolution de ces tumeurs ; ainsi la compression de l'intestin, du rectum, de la vessie, des uretères. Pour cet auteur, cette compression, rare d'ailleurs, ne se traduit guère que par quelques troubles dyspeptiques, de la constipation, des troubles de la miction (pollakiurie, dysurie). Il signale seulement à titre d'éventualité possible, mais qui n'a jamais été constatée, les symptômes de compression urétérale par les tumeurs de l'ovaire.

En 1901, M. A. Malherbe publie dans la *Revue de Gynécologie* deux cas d'hydronéphrose coïncidant avec des kystes de l'ovaire.

En 1903, Uteau étudie dans sa thèse inaugurale l'anurie survenant au cours des diverses tumeurs pelviennes, soit chez l'homme, soit chez la femme, mais ne fait aucune allusion à l'anurie causée par les tumeurs de l'ovaire.

En 1909, Lockhart (Montréal), dans un travail sur les sarcomes de l'ovaire, note ce fait que la tumeur s'accroît

sur place, infiltrant les ligaments larges et *comprimant les uretères*.

En 1910, Mériel (Toulouse) dans une étude sur les tumeurs solides de l'ovaire énumère les diverses complications de ces tumeurs (torsion du pédicule, ascite, lésions annexielles suppurées, occlusion intestinale, œdèmes) mais ne signale pas l'anurie.

Eliot (thèse de Paris 1910) étudie à son tour l'anurie de la lithiase et l'anurie survenant au cours des diverses tumeurs pelviennes. Il signale la possibilité de l'anurie par tumeur de l'ovaire. « Les kystes de l'ovaire, dit-il, lorsqu'ils s'enclavent dans le petit bassin peuvent réaliser, mais le fait est rare, l'anurie. »

En effet les observations d'anurie apparaissant au cours de l'évolution des tumeurs de l'ovaire est un fait qui, si l'on s'en rapporte aux observations relatées dans la littérature médicale, doit être extrêmement rare. Nous n'avons pu en trouver que deux observations. La première est celle de Chavannaz, de Bordeaux, publiée en 1903 dans la « Société de Chirurgie » ; l'autre est de Max Nassauer (de Munich) relatée en 1905 dans le *Münchener Medizinische Wochenschrift*.

La troisième observation est due à M. le Professeur agrégé Patel qui a opéré avec succès une malade ayant présenté subitement une crise d'anurie, ayant pour cause une tumeur de l'ovaire jusque là latente et ignorée de la malade. Nous remercions vivement M. Patel qui nous a permis de reproduire l'observation détaillée de ce cas d'anurie par tumeur de l'ovaire.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur ces cas d'anurie : d'abord parce qu'étant peu signalé,

cet accident, survenant dans de pareilles conditions, risque d'être le point de départ d'une erreur d'interprétation en ce qui concerne la cause de l'anurie, les tumeurs de l'ovaire présentant comme l'on sait, des difficultés de diagnostic quelquefois considérables ; et ensuite parce que cette redoutable complication est passible, dans ce cas, d'un traitement causal qui, s'il est appliqué à temps, pourra soustraire la malade à l'intoxication urémique et à la mort rapide qui la guettent.

Aussi nous sommes-nous proposé de réunir les rares observations que nous avons pu recueillir ; nous étudierons par quel mécanisme le développement d'une tumeur née aux dépens d'un ovaire peut réaliser l'anurie ; nous rechercherons quelles sont les particularités que peut présenter au point de vue symptomatique ce genre d'anurie et enfin nous indiquerons quel est le traitement idéal que le chirurgien devra choisir pour rétablir la perméabilité des conduits vecteurs de l'urine.

Observation de Chavannaz. — Bordeaux.

Soc. Chirurg. 1903 p. 1097.

ANURIE PAR CYSTO-ÉPITHÉLIOME DES DEUX OVAIRES.
OVARIOTOMIE AU 3^e JOUR DE L'ANURIE. GUÉRISON.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, F. F... auprès de laquelle nous sommes appelé le 8 septembre 1903.

Cette femme a toujours été bien portante jusqu'à ces derniers temps. Réglée à 15 ans, sans aucune souffrance et très régulièrement, elle s'est mariée à 34 ans et a accouché à 38 ans d'une fille bien constituée. Les suites de couches ont été normales.

Les antécédents héréditaires de F. F... sont excellents et, encore une fois, sa santé a été parfaite jusqu'à cette année.

Depuis six mois, les règles ont cessé, la malade a eu quelques troubles stomacaux, aussi s'est-elle considérée comme enceinte ; cette idée a pris encore plus de consistance chez elle, quand est survenue, il y a un mois et demi, une augmentation progressive du volume du ventre. F. F... a consulté alors des sages-femmes et un de nos confrères spécialement adonné à la pratique de la gynécologie, mais elle n'a pu, dit-elle, recueillir d'avis ferme sur sa situation exacte.

Dans les derniers huit jours qui ont précédé notre

examen, de vives douleurs se sont manifestées dans le côté gauche du ventre, plus spécialement au niveau de l'hypocondre, et la malade a dû s'aliter.

Au moment de notre visite, voici ce que nous notons :

Facies pâle, fatigué, mais non péritonéal. Pouls 80. Température axillaire 37° 3.

Ventre extrêmement volumineux, fluctuant, mat à la percussion ; les déplacements de la malade déterminent, assez vaguement du reste, les modifications de matité rencontrées dans l'ascite.

Au toucher, le col normal est repoussé en haut et en avant, collé contre la symphyse pubienne, et se trouve immobilisé dans cette situation. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure, immobile, remplissant la cavité pelvienne.

Les membres inférieurs et la région hypogastrique sont fortement œdédiés.

La malade qui a rendu la veille une petite quantité d'urine très foncée n'a pas émis d'urine toute la journée.

En présence de ces symptômes, nous portons le diagnostic probable de cysto-épithéliome de l'ovaire avec ascite et phénomènes de compression.

L'intervention est décidée.

Depuis le moment de notre premier examen jusqu'au 10 septembre, date de l'opération, la malade n'a pas rendu d'urine. Le cathétérisme montre que la vessie est vide. L'état général ne s'est pas modifié ; il n'y a pas de vomissements. Les douleurs abdominales sont localisées à la région lombaire gauche, mais la pression en ce point n'est pas douloureuse, et la palpation ne permet d'y déceler aucune tuméfaction.

Le 10 septembre 1903, anesthésie chloroformique, laparotomie. Le ventre ouvert, il s'écoule une quantité considérable de liquide ascitique citren.

Dans le petit bassin nous apercevons alors une masse située en arrière de l'utérus et repoussant celui-ci contre la paroi pelvienne antérieure. Après section du pédicule utéro-ovarien droit, nous arrivons péniblement à extraire cette masse polykystique du volume d'un gros œuf d'autruche qui était bloquée très étroitement dans la cavité pelvienne; il s'agissait d'un cysto-épithéliome de l'ovaire droit avec portions solides très développées.

L'ovaire gauche, lui aussi très altéré, du volume d'une orange, mais situé au-dessus du détroit supérieur est extirpé après section de son pédicule. Ce pédicule relativement long présentait une torsion d'un demi tour de spire. L'ovaire gauche était le siège d'un cysto-épithéliome, mais présentait en outre une portion kystique dermoïde remplie par une touffe de cheveux.

L'opération a été pratiquée en position de Trendelenburg. dès que le liquide ascitique a été évacué. La suture abdominale est faite par places, en laissant, à la partie inférieure de l'incision, la place d'un grain destiné à assurer l'évacuation du liquide ascitique pouvant encore exister dans l'abdomen après la laparotomie.

L'intervention qui a duré trente-cinq minutes a été bien supportée.

Les suites opératoires ont été particulièrement simples. Dès le premier jour la malade a rendu un litre d'une urine normale. La guérison par première intention a été obtenue et la malade est actuellement en parfaite santé.

En raison même des conditions spéciales dans lesquelles

se trouvait la malade, nous avons cru devoir nous abstenir de recherches, qui, quoique intéressantes au point de vue scientifique, auraient pu devenir nuisibles en augmentant la durée de l'opération. C'est ainsi que nous avons négligé d'explorer les reins et d'examiner les uretères. Au reste, tout dans l'histoire de notre malade nous semble bien démontrer que nous avons eu affaire à une anurie par compression urétérale, au cours d'un cysto-épithéliome de l'ovaire.

Nous avons opéré pendant la période d'euphorie et nous nous sommes attaqué à la cause même de l'anurie en supprimant la tumeur ovarienne. Si nous avions été obligé d'intervenir dans des conditions moins favorables, si la tumeur avait présenté des difficultés opératoires très accentuées, ou encore si la situation avait été plus immédiatement menaçante, nous aurions pu discuter la question de la néphrostomie; mais encore une fois, chez notre malade, l'intervention directe était, à notre sens, pleinement justifiée.

En soumettant cette simple observation à la Société de Chirurgie, nous serions trop heureux si nous pouvions provoquer la mise au jour de faits analogues au nôtre et si nous obtenions ainsi d'être fixé, tant sur la fréquence de l'anurie au cours des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, que sur la valeur des interventions chirurgicales dirigées contre un pareil accident.

Observation de Max Nassauer. — Munich.

Münchener medizinische Wochenschrift 1905.

(RÉSUMÉE)

ANURIE PAR VOLUMINEUX KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE.

Il s'agit d'une vieille fille de 45 ans, *en anurie depuis 4 jours*. Nassauer, à son arrivée auprès de la malade constate l'état suivant : ventre tendu à l'extrême, très douloureux, rendant tout examen très pénible. Parois œdématisées. Matité totale dans tout l'abdomen. Etat général très déprimé, pouls fréquent. Pas de température. La malade, en proie à une grande anxiété, raconte qu'elle n'a pas uriné depuis 4 jours ; de fait, plusieurs tentatives de cathéterismes vésicaux ne ramènent pas la moindre goutte d'urine.

Par le toucher vaginal, on sent les culs-de-sac très distendus. Le col est perçu difficilement, haut derrière la symphyse ; il est ramolli et refoulé vers la droite.

En présence de cette anurie absolue et du mauvais état de la malade, qui délirait légèrement, Nassauer se décide à ponctionner la vessie par le vagin. A sa grande surprise il s'écoule aussitôt par la canule un liquide filant, muqueux, jaune-verdâtre, ressemblant à celui contenu dans les kystes de l'ovaire. En l'espace d'une heure il s'en écoule ainsi 2 ou 3 litres. La malade se sent quelque peu soulagée

après l'évacuation, mais ne peut toujours pas uriner. La sonde vésicale ne ramène toujours rien.

D'après les renseignements de l'entourage, le ventre de la malade aurait commencé à grossir depuis des semaines, les douleurs dans le ventre sont devenues de plus en plus fortes et enfin l'émission des urines est devenue de plus en plus difficile jusqu'à l'arrêt complet il y a 4 jours.

La malade est transportée à la clinique où on l'opère au 5^e jour de son anurie.

Après incision de la ligne médiane, on tombe sur un volumineux kyste de l'ovaire gauche, de la grosseur d'une tête d'homme, avec ascite abondante et sanguinolente, kyste qui a contracté des adhérences étroites avec la paroi abdominale et l'intestin et dont la libération est par là-même assez difficile.

En palpant les reins, on les trouve à leur place normale ; ils ont un volume normal, de sorte qu'il ne saurait être question d'une hydronéphrose. On ne trouve non plus aucune anomalie du côté des uretères.

Après le réveil et le soir, quelques vomissements noirâtres. L'état général est très bon. La malade a pu uriner spontanément d'une façon abondante. Cependant les vomissements persistent, la langue devient sèche ; la malade succombe trois jours après l'intervention.

Observation due à M. Patel.

TUMEUR KYSTIQUE VÉGÉTANTE DE L'OVAIRE GAUCHE.

ANURIE COMPLÈTE DATANT DE QUATRE JOURS.

ABLATION DE LA TUMEUR : 3 KILOGS 500.

GUÉRISON.

Madame D., 69 ans, alitée depuis quelques jours pour un léger malaise grippal, fait appeler le Docteur Grange le 24 mars 1911, parce que depuis plus de trois jours elle n'a pu émettre une goutte d'urine. Le D^r Grange pratique le cathétérisme : la vessie est entièrement vide. L'examen de l'abdomen lui permet de constater la présence d'une énorme tumeur plongeant dans le pelvis et il lui attribue la cause de l'anurie.

Je vois la malade le même jour à 5 heures du soir. L'état général au premier abord ne paraît pas très précaire. La malade est cependant anxieuse ; ses mains sont agitées de mouvements brusques et involontaires. Les pupilles sont rétrécies ; un peu de sueur froide sur le front. Le poulx est tendu, précipité. Pas de température. Le cathétérisme pratiqué à nouveau montre que la vessie est vide.

A l'examen, on constate dans l'abdomen une tumeur volumineuse atteignant l'ombilic, irrégulière et bosselée, mate à la percussion, rénitente avec une fluctuation nette

en certains points. Au toucher vaginal, l'utérus est petit, plaqué contre la symphyse, indépendant de la tumeur. Le cul-de-sac de Douglas est comblé par une masse énorme, dure, qui remplit tout le bassin, et reçoit intégralement les mouvements communiqués à la masse abdominale. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une tumeur ovarienne.

Interrogée sur ses antécédents, la malade déclare qu'elle n'a jamais eu d'affection sérieuse. Elle a quatre enfants bien portants. Elle était atteinte depuis quelque temps de douleurs au niveau de l'anus, et différents médecins lui auraient parlé d'intervention. L'examen de l'anus montre l'existence de petites tumeurs noirâtres hémorroïdaires. Le toucher rectal permet de percevoir la tumeur pelvienne, constatée par le toucher vaginal. Le rectum, aussi haut que le doigt puisse remonter est sain. Il ne saurait donc être incriminé comme cause de l'anurie.

On conclut à une tumeur de l'ovaire comprimant les uretères.

Devant l'urgence de la situation, une intervention est décidée immédiatement ; on décide d'intervenir par l'abdomen et de faire, si possible, le traitement causal de l'anurie.

Intervention le 24 mars à huit heures du soir, avec l'assistance du D^r Grange.

Anesthésie légère à l'éther.

Incision sous-ombilicale médiane. Aussitôt après ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide épais, gélatineux. On aperçoit une tumeur énorme, molle, enclavée dans le pelvis, et qui se laisse énucléer avec peine. Elle reste maintenue fixe par un large pédicule sur la partie latérale gauche du bassin. Il s'agit d'une tumeur

de l'ovaire gauche. Ligature et section du pédicule. L'ovaire droit intact est laissé en place. On retire du cul-de-sac de Douglas dans le creux de la main une sorte de gelée épaisse au-dessous de laquelle le péritoine apparaît rouge et dépoli. L'examen rapide de l'abdomen ne permet de déceler aucune tumeur secondaire ou aucun point suspect sur l'intestin. Les uretères ne sont pas vus. Fermeture complète de l'abdomen. L'opération a duré dix minutes à peine.

Suites opératoires. — Le 25 Mars 1911, bon état. Malgré son âge et son anurie la malade n'a pas été shockée.

Température du matin : 37° 9.

— soir : 38° 2.

Pouls à 68.

La miction s'est rétablie six heures après l'opération.

Jusqu'à midi, c'est-à-dire seize heures après l'opération, il y a eu 900 grammes d'urine claire.

Le 26 Mars 1911. Bon état.

Température du matin : 38° 1.

— soir : 38° 2.

Pouls, le matin : 84.

— le soir : 96.

Urines des 24 heures : 550 grammes.

Le 27 Mars 1911.

Température du matin : 37° 8.

— soir : 38° 2.

Pouls, le matin : 88.

— le soir : 84.

Urines des 24 heures : 500 grammes.

(Purgation).

Les jours suivant, l'état est allé s'améliorant, la tempé-

rature est redescendue à la normale. La quantité d'urines de 24 heures est remontée à 600 grammes puis à 700 et s'est maintenue à ce taux définitivement.

La convalescence a été troublée par deux incidents survenus au quinzième jour. En premier lieu une légère congestion pleurale ; en second lieu, une endocardite avec soufflerâpeux qui a été entendu quelques jours. Tout est rentré dans l'ordre et actuellement (20 octobre 1911) la malade reste complètement guérie. L'examen abdominal ne permet de constater aucune récurrence. La quantité d'urines se maintient entre 600 et 700 grammes.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée pèse 3 kilogs 500. On peut évaluer à plus d'un litre la quantité de liquide gélatineux évacué au cours de l'intervention. La tumeur est composée d'une partie kystique renfermant à son intérieur le même liquide épais, trouvé dans le péritoine et surtout de parties moitié solides et moitié liquides. Elle présente sur la face postérieure une sorte d'encoche profonde qui répond au promontoire. C'est ce qui explique peut-être la compression de l'uretère au niveau du détroit supérieur.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué, mais l'aspect macroscopique est celui de cysto-épithéliome de l'ovaire.

— La malade est revue en Novembre 1911 ; le ventre est de nouveau augmenté de volume ; on dirait une ascite constituée par de la gélatine. Les masses gélatineuses intra-péritonéales dont on avait constaté la présence lors de l'intervention en Mars ont récidivé.

Pathogénie

On connaît les rapports étroits qu'affecte l'ovaire avec l'uretère. Dans son segment pelvien, qu'il s'agisse de la portion descendante de l'uretère appliquée sur le plancher de la fossette ovarienne ou qu'il s'agisse de sa portion transversale occupant la base du ligament large, on comprend que l'uretère puisse être comprimé facilement par une tumeur née aux dépens de l'ovaire. Les tumeurs intra-ligamentaires, notamment les tumeurs adhérentes, affectent même des rapports si intimes avec l'uretère, qu'il est presque impossible au cours d'une intervention de distinguer l'uretère de ces adhérences fibreuses; d'où le conseil donné de pratiquer une extirpation partielle de ces tumeurs, de marsupialiser, s'il s'agit d'une tumeur liquide, plutôt que de risquer de sectionner l'uretère en pratiquant l'extirpation totale de la tumeur. Il semblerait donc que les tumeurs intra-ligamentaires de l'ovaire doivent aboutir fatalement à la compression de l'uretère; il

n'en est rien, et malgré les rapports intimes qu'affectent ces kystes avec l'uretère, on observe rarement des phénomènes de compression allant jusqu'à l'anurie. En effet, ces tumeurs sont presque toujours à contenu liquide et l'on sait qu'une tumeur causera des phénomènes de compression d'autant plus précoces et plus marqués qu'elle sera d'une consistance plus solide. Pourtant Raimondi dans sa thèse inaugurale (Paris 1897) note qu'au cours de l'évolution des kystes papillomateux du ligament large, la compression de la vessie et des uretères peut être réalisée. « La compression de la vessie, dit-il, détermine, dans la miction, des altérations variables. On peut observer tous les degrés, depuis les besoins fréquents d'uriner, jusqu'à l'incontinence complète. La rétention d'urine avec ou sans regorgement, est fréquente ; ses conséquences : dilatation des uretères et du bassin, hydronéphrose, urémie, sont des plus graves. On a observé la compression de l'uretère qui se dilate en amont de l'obstacle, et peut acquérir un volume énorme, déterminant l'urémie, soit sous sa forme aiguë, soit sous sa forme chronique. »

On assiste quelquefois au développement dans le ligament large de kystes hydatiques, lesquels réaliseraient plus fréquemment que dans les autres kystes de cette région, l'anurie. (Lendet. Comptes rendus de la Société de biologie, 1856).

Quant au retentissement des inflammations de l'ovaire et de la trompe sur l'uretère, on sait qu'il est fréquent ; M. Mouisset insiste depuis longtemps sur les troubles dysuriques qui se produisent au cours des

salpingites et des salpingo-ovarites. Cependant, dans ces cas, soit qu'il s'agisse de propagation de l'inflammation de la trompe à la paroi urétérale, soit qu'il y ait compression de l'uretère résultant de la présence d'une trompe enflammée et augmentée de volume, les troubles dysuriques n'aboutissent jamais à l'anurie absolue.

C'est donc surtout au cours du développement des tumeurs nées aux dépens de l'ovaire lui-même qu'on assistera à l'apparition de l'anurie. Cette compression pourra s'exercer en un point quelconque de l'uretère : si la tumeur est très petite, elle se place derrière l'utérus ; puis, au fur et à mesure de son accroissement, elle refoule l'utérus en haut et en avant, comprimant la vessie entre l'utérus et la symphyse : il y a compression des uretères au niveau de leur pénétration dans la vessie. Mais souvent ces tumeurs prennent un développement considérable, elles sortent du petit bassin et deviennent abdominales, refoulant l'intestin. Pour ces tumeurs qui sont à la fois pelviennes et abdominales, il existe un étranglement causé par le Déroit supérieur, qui donne à l'ensemble de la masse néoplasique une forme en sablier, telle que celle décrite dans l'observation III. On conçoit que c'est au niveau de cette stricture causée par l'anneau osseux inextensible que s'exercera au maximum la compression des uretères.

Ces tumeurs prennent parfois un développement tellement considérable qu'on peut les voir dépasser l'ombilic. Dans ces cas, on peut admettre que tout l'arbre urinaire est comprimé, rendu imperméable

à l'urine depuis le bassinnet jusqu'à la vessie. C'est le cas de Max Nassauer, qui a vu le bassinnet, l'uretère, la vessie complètement aplatis par la tumeur ovarienne.

Les métastases des tumeurs de l'ovaire se font dans le tissu sous-péritonéal, dans les trompes, dans l'utérus. Mais la généralisation de ces tumeurs malignes de l'ovaire est tardive ; la tumeur elle-même reste longtemps indépendante, mobile. Autant de conditions qui facilitent l'ablation complète de la tumeur et permettent d'espérer une guérison durable.

Quant à l'influence même de la constitution de la tumeur sur les phénomènes de compression, nous voyons que dans nos trois observations il s'agissait dans un cas d'un volumineux kyste et dans les deux autres cas d'un cysto-épithéliome, présentant des parties solides et des parties liquides. Cette consistance en partie solide de ces tumeurs, est une circonstance favorable à la réalisation d'une compression intense des uretères.

En tous cas, il résulte de ces différentes observations que la compression de l'uretère est bien due à une pression s'exerçant de dehors en dedans, aplatisant le conduit vecteur de l'urine, qu'il n'y a pas envahissement de la paroi urétérale par la formation néoplasique. C'est là d'ailleurs une règle générale que cette résistance de l'uretère à la participation du processus néoplasique : dans les cancers de l'utérus, qui donnent lieu à un envahissement souvent si rapide de tous les organes avoisinants, trompes, ligaments larges, vessie, rectum, l'uretère échappe pendant très

longtemps à cet envahissement et ne subit que des phénomènes de compression mécanique par la tumeur. C'est évidemment là une circonstance heureuse, puisque l'ablation de la tumeur, lorsqu'elle est possible, et nous verrons que c'est la règle à suivre dans les cas qui nous occupent, laissera un uretère absolument sain, reprenant comme avant ses fonctions importantes de conduit vecteur des urines.

Comment le développement d'une tumeur née aux dépens d'un ovaire peut-il aboutir à l'anurie ? Il est évident que lorsque ce développement se fait d'une façon rapide et considérable, ce qui est le cas de certains néoplasmes nés aux dépens de l'épithélium ovarien, la tumeur vient comprimer simultanément les deux uretères, que son développement soit ou intra-pelvien, ou intra-abdominal, ou à la fois intra-pelvien et intra-abdominal. Cette compression, qui peut se réaliser en un point quelconque de l'arbre urinaire, se trouve favorisée au maximum au niveau du Déroit supérieur ; celui-ci forme un anneau osseux contre lequel l'uretère se trouvera étranglé par la tumeur située devant lui : l'arrêt mécanique du cheminement de l'urine du bassin vers la vessie se trouve ainsi réalisé. Si les uretères ne sont comprimés que dans une partie de leur trajet, il se produit une dilatation du conduit vecteur de l'urine en amont de l'obstacle, stase urinaire avec tous les accidents consécutifs, double hydronéphrose fréquemment accompagnée d'accidents infectieux secondaires, atrophie du parenchyme

rénal et apparition à brève échéance des symptômes d'intoxication urémique.

Mais ces considérations sur le mécanisme de production de l'anurie dans les cas qui nous occupent, n'ont que la valeur d'une hypothèse; puisque dans aucune des observations relatées plus haut, il n'a été possible de constater l'existence d'une double hydro-néphrose : Max Nassauer explorant la cavité abdominale avant de fermer le ventre, constate l'intégrité du volume des reins et des uretères; quant aux deux malades des observations I et III, la rapidité opératoire nécessaire à la réussite d'une intervention faite malgré des symptômes déjà nets d'urémie commençante, n'a pas permis au chirurgien de se livrer à une exploration détaillée des différents viscères abdominaux.

En étudiant dans les trois observations la façon dont s'est installée l'anurie, nous constatons que chez la malade de l'observation II, la diminution des urines s'est faite d'une façon graduelle pour aboutir enfin à l'anurie absolue; au contraire, chez les malades des observations I et III, l'anurie se serait installée sans prodromes, d'une façon rapide et brutale. Dans le premier cas, il est possible que la tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche, ait commencé par réaliser la compression d'un uretère, d'où diminution de la quantité des urines; puis l'accroissement progressif de la tumeur aurait peu à peu causé la compression de l'autre uretère pour aboutir à l'anurie.

Mais comment interpréter l'apparition de l'anurie dans les deux autres cas? La malade de Chavannaz

n'avait observé aucun trouble urinaire avant l'installation brusque de son anurie ; la malade de M. Patel était alitée depuis quelques jours « pour un léger malaise grippal ».

Dans ces cas, la compression d'un seul uretère peut être rendue responsable de l'apparition de l'anurie. Il n'est pas besoin pour que celle-ci se produise qu'il y ait compression bilatérale des deux uretères ; il n'est même pas nécessaire qu'une compression unilatérale s'exerce sur un seul uretère soit complète : une légère compression est suffisante pour déterminer une stase de l'urine en amont de l'obstacle, une augmentation de la tension urinaire dans les tubes sécréteurs du rein, laquelle est capable d'amener un arrêt de fonctionnement, non seulement du rein correspondant à l'uretère comprimé, mais aussi du rein de l'autre côté.

Cette sympathie des deux reins réagissant ensemble vis-à-vis d'un obstacle n'existant que d'un seul côté, a donné lieu à des interprétations pathogéniques différentes.

Il vint tout naturellement à l'esprit d'invoquer l'action du système nerveux, ce grand coordonateur des fonctions organiques ; d'où la conception d'un réflexe réno-rénal : une perturbation survenant dans le fonctionnement de l'un des deux reins, provoque le déclenchement d'un réflexe qui va agir sur l'autre rein jusque là sain et remplissant ses fonctions dépuratrices de façon à en inhiber momentanément ces fonctions. Cette conception trouvait d'ailleurs une confirmation dans ce fait que la néphrostomie d'un des deux reins,

au cours d'une anurie complète, retentissait sur l'autre rein et permettait le rétablissement, pour un certain temps tout au moins, des fonctions de ce rein.

Puis cette théorie de l'intervention du système nerveux fut battue en brèche : ses adversaires ne voulurent point admettre une conception purement hypothétique et dont la réalité ne pouvait être démontrée. Ils apportaient d'ailleurs un faisceau d'arguments anatomiques et cliniques qui sont en effet des plus séduisants. Ils consistent dans cet ensemble d'observations qui sont applicables non seulement à l'anurie calculeuse mais qui rendent compte également de certains cas d'anurie par cancers pelviens ; Legueu les résumait ainsi : « Le malade atteint d'anurie est un individu qui, la veille, vivait avec un seul rein. » Nous verrons tout à l'heure qu'il en est peut-être de même pour ces cas spéciaux d'anurie que nous étudions, survenant sous l'influence de l'éclosion d'une tumeur ovarienne. Il n'est pas douteux que l'on a pu faire la preuve de cette théorie : l'anurie calculeuse survient très fréquemment chez des individus n'assurant jusque-là leur dépuración urinaire qu'avec un seul rein, l'autre rein étant anatomiquement ou fonctionnellement supprimé. La compression intra ou extra-pariétale de l'uretère correspondant au rein unique détermine l'apparition de l'anurie.

Ces deux théories qui, *a priori*, semblaient très différentes, peuvent en réalité, s'allier dans une certaine mesure ; Legueu lui-même, ardent adversaire de la théorie nerveuse, arrive à admettre que le rein opposé au côté bloqué peut ne pas être absolument annulé au

point de vue fonctionnel, mais il ajoute que ce rein présentait à coup sûr des lésions, des tares qui le rendent susceptible de subir l'action du système nerveux, et il en arrive à cette théorie éclectique :
« Il est possible que sur ce rein altéré, une influence
« réflexe, partie du rein malade, agisse pour troubler
« son fonctionnement et produire l'anurie. Cependant
« ce réflexe ne s'exerce que sur un terrain taré, et son
« influence ne serait ni aussi prolongée, ni aussi manifeste si le rein ne présentait pas de lésions importantes. »

Nous croyons possible d'appliquer cette théorie mixte à la pathogénie de l'anurie dans les tumeurs de l'ovaire. Considérons, en effet, ce qui s'est passé chez la malade de l'observation III. Il y a eu persistance après l'intervention d'une oligurie qui, chez la malade en question, consiste dans l'émission en 24 heures d'une quantité d'urines variant entre 600 et 700 grammes. Il est probable que cette malade, antérieurement à sa tumeur de l'ovaire, n'émettait pas une quantité d'urines supérieure à celle qu'elle émet aujourd'hui. Peut-être un de ses deux reins était-il depuis longtemps annulé, soit au point de vue anatomique (malformation congénitale), soit au point de vue fonctionnel (atteinte par une maladie infectieuse). La compression par la tumeur de l'uretère correspondant au rein fonctionnant encore aurait déterminé l'apparition de l'anurie.

On peut encore interpréter ces faits de la façon suivante : les deux reins de la malade fonctionnaient mais d'une façon défectueuse : peut-être une sclérose an-

cienne était-elle en cause. M. Albertin a noté depuis longtemps la coexistence de l'anurie survenant comme complication des fibromes de l'utérus avec des lésions scléreuses des reins.

Et alors chez cette malade, dont la dépuration urinaire s'effectuait d'une façon relativement insuffisante, il a suffi d'un léger obstacle au cheminement de l'urine du rein vers la vessie, obstacle réalisé par la compression de l'uretère, pour déterminer l'apparition de l'anurie. En effet, la mise en tension d'un rein peut retentir sur son adelphe d'autant plus facilement que celui-ci était déjà plus ou moins taré. En d'autres termes, si les deux reins avaient été absolument intacts, la crise d'anurie ne se serait peut-être pas produite.

En tous cas, on ne saurait admettre que cette oligurie constatée après l'intervention et persistant depuis des mois, soit la conséquence des lésions histologiques qu'auraient pu déterminer les phénomènes de stase urinaire causés par la compression des uretères, lésions qui auraient abouti à l'atrophie partielle des reins entraînant cette diminution durable de la quantité des urines. La compression n'a pas été assez prolongée pour causer une telle diminution de la valeur fonctionnelle des reins.

En résumé, l'observation de notre malade semble confirmer la théorie suivante : En dehors des cas exceptionnels où la tumeur est assez volumineuse pour déterminer une compression intense des deux uretères, l'anurie ne se produit que chez les malades qui depuis longtemps, et le plus souvent à leur insu, ont un fonc-

tionnement rénal insuffisant : survienne un beau jour un obstacle à la libre circulation de l'urine dans l'uretère, les deux reins se trouvent inhibés dans leur fonctionnement et l'anurie est constituée.

Symptômes

Nous n'avons pas l'intention dans ce chapitre de donner une description détaillée des divers symptômes qui accompagnent l'anurie et qui résultent de l'arrêt des fonctions dépuratrices de l'appareil rénal. Que ce soit une anurie d'origine rénale, calculeuse, hystérique, ou que ce soit une anurie résultant de la compression d'un ou des deux uretères par une tumeur pelvienne, on assiste toujours au même tableau symptomatique : la malade n'a pas uriné depuis plusieurs jours, les essais de cathétérisme vésical restent infructueux, démontrant l'absence totale d'urine dans la vessie : c'est à brève échéance le cortège redoutable des signes révélant l'intoxication urémique de l'organisme.

Pourtant il est un fait spécial à noter dans ce genre d'anurie : alors que le plus souvent, au cours d'un néoplasme de l'utérus par exemple, l'anurie ne survient que comme complication tardive et prévue de l'évolution de ce néoplasme depuis longtemps diagnostiqué, au contraire il ressort des trois observations relatées plus haut que l'anurie qui éclate tout-à-coup est le premier symptôme révélateur important d'une tumeur ovarienne jusque-là méconnue. La malade de Chavannaz avait

bien remarqué l'augmentation progressive du volume de son ventre, mais les médecins consultés par elle pensaient à une grossesse possible ; la malade de Max Nassauer souffrait bien depuis quelque temps dans la région du ventre ; la malade de M. Patel était alitée seulement depuis quelques jours pour « un léger malaise grippal ». Mais dans aucun de ces trois cas, la malade n'avait eu de symptômes permettant de soupçonner la présence d'une tumeur de l'ovaire. Il est intéressant de noter cette longue période de tolérance de l'organisme à l'égard de ces tumeurs qui peuvent arriver à acquérir un volume considérable sans entraîner de symptômes graves. C'est l'anurie qui, dans le cas de la malade de l'observation III, a poussé la malade à consulter un médecin, et qui a guidé celui-ci vers l'examen attentif des divers organes du bassin et de l'abdomen. On connaît d'ailleurs la difficulté du diagnostic d'un néoplasme ovarien à son début. Les symptômes initiaux de cette affection consistent bien en des troubles menstruels, en des douleurs, en des modifications de la formule leucocytaire, en quelques signes physiques comme l'augmentation de volume du ventre, en des indications fournies par le toucher vaginal, mais il est rare de trouver ce complexe symptomatique au complet et d'en conclure à l'existence d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Quant au tableau clinique lui-même de ces formes d'anurie par tumeur de l'ovaire, il rentre dans celui de l'anurie par tumeur pelvienne en général : « Ce n'est pas l'anurie à grand fracas de la néphrite aiguë et de certaines formes du mal de Bright ; ce sont des

accidents peu alarmants en apparence, quelques troubles nerveux, un affaiblissement progressif, une intolérance croissante du tube digestif et le malade meurt souvent avec toute son intelligence, sans convulsions, sans coma » (Merklen, thèse de Paris, 1880).

Donnadieu (thèse de Bordeaux, 1895), a d'ailleurs donné une description de l'anurie calculeuse que l'on peut appliquer à l'anurie par tumeur pelvienne : il note dans l'évolution de l'anurie calculeuse deux périodes distinctes, une période de tolérance de 5 à 6 jours et une période d'urémie, ces deux périodes étant séparées par une période peu tranchée, période intermédiaire. Le malade « meurt d'urémie, par affaiblissement progressif, en pleine connaissance en général, quelquefois emporté dans le coma ou les convulsions ».



Traitement

Le traitement de l'anurie survenant au cours des tumeurs pelviennes a été l'objet de nombreuses discussions. Autrefois les chirurgiens assistaient impuissants à l'apparition de cette redoutable complication qui, comme le dit M. Patel, « leur semblait une terminaison heureuse, car elle était rapide, de maux dont ils étaient bien souvent incapables d'arrêter le développement ».

Si l'on a affaire à un néoplasme de l'utérus ou du rectum, il est évident qu'il est illusoire de chercher à lever l'obstacle qui s'oppose au libre cours de l'urine. Mais même dans ces cas où il est impossible de s'attaquer à la cause même de l'anurie, il paraît légitime de pratiquer une intervention palliative qui permet d'éviter l'apparition des symptômes urémiques et par là-même de prolonger un certain temps la vie des malades. Nous ne parlerons pas du traitement médical d'une anurie reconnaissant une semblable pathogénie : les saignées, les diurétiques, les purgatifs, les injections de serum, ne peuvent parvenir à désintoxiquer un organisme dont l'appareil rénal ne fonctionne plus. Ce ne sont là que des procédés accessoires,

et c'est au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours.

On songea d'abord à ouvrir l'uretère : c'est le procédé classique de l'uretérostomie. Après de nombreux tâtonnements (anastomose uretéro-intestinale, abouchement de l'uretère dans le vagin, greffe uretéro-vésicale), on reconnut que c'est à l'uretérostomie lombaire qu'on doit avoir recours de préférence : c'est en effet une opération relativement simple et rapide. Puis on pratiqua une opération, la néphrostomie, qui possède sur la précédente l'avantage d'avoir un manuel opératoire plus simple et de permettre à l'urine un écoulement plus libre. Aussi pratique-t-on aujourd'hui couramment la néphrostomie, qui est devenue le procédé de choix dans ces cas d'anurie par cancer pelvien. Malgré les résultats satisfaisants d'une semblable intervention, on voit que ce n'est pas là un traitement idéal, puisqu'au lieu de laisser mourir les malades d'urémie on ne les prolonge que pour les voir succomber aux progrès de la cachexie cancéreuse.

Il en est tout autrement en ce qui concerne l'anurie par tumeur de l'ovaire. Sans doute, l'opération de Max Nassauer n'a pas été suivie de succès ; l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'ovaire gauche donna bien lieu à l'émission spontanée d'urine, mais la mort survint trois jours après. Il importe de remarquer que cette intervention avait été précédée d'une ponction et que la résistance organique de la malade en question était, d'après Max Nassauer, affaiblie par un usage abusif d'alcool et de tabac.

Dans les deux autres cas (observations I et III), le

chirurgien, une fois posé le diagnostic d'anurie résultant de la présence d'une tumeur de l'ovaire, ne s'est pas attardé à des interventions palliatives comme l'uretéro-stomie ou le néphrostomie. L'ablation rapide de la tumeur, cause de l'obstacle a été suivie dans les deux cas d'une guérison complète. Résultat d'autant plus appréciable que dans le cas opéré par M. Patel, l'intervention fut pratiquée alors que la malade présentait déjà des phénomènes d'intoxication urémique. D'ailleurs, en pratiquant l'ablation de la tumeur, on réalise non seulement le traitement de l'anurie mais on exécute du même coup le traitement rationnel qui est de règle dans les tumeurs de l'ovaire, à savoir l'extirpation de la production néoplasique. On pourrait même dire que l'apparition précoce de l'anurie est une circonstance heureuse, puisqu'elle permet de faire le diagnostic d'une tumeur qui pourrait rester encore longtemps ignorée et puisqu'elle permet de faire une intervention également précoce : or, l'on sait que l'opération a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est faite d'une façon plus précoce, puisque la tumeur aura eu moins de temps pour contracter des adhérences avec les organes voisins.

Donc, en présence d'une anurie qu'on reconnaît être due au développement d'une tumeur née aux dépens de l'ovaire, il ne faudra pas s'attarder à pratiquer une opération palliative comme l'uretéro-stomie ou la néphrostomie, dont les effets ne sauraient être qu'in-complets et temporaires : Il faudra faire le traitement causal c'est-à-dire l'ablation de la tumeur. Mais alors deux cas peuvent se présenter : si la tumeur est

libre, pédiculée, si elle n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins, l'extirpation complète et rapide doit être pratiquée. Mais si des adhérences plus ou moins solides relient la tumeur à l'épiploon, à la vessie, à l'intestin, on ne pourra plus agir de même.

En effet la condition sine qua non de la réussite de l'opération est la rapidité avec laquelle elle est exécutée. Ces malades sont le plus souvent opérées au bout de plusieurs jours d'anurie, par conséquent en état d'urémie commençante ; on ne saurait donc soumettre impunément un organisme déjà intoxiqué à l'action prolongée d'un anesthésique et au shock opératoire d'une intervention de quelque durée. Or, l'extirpation d'une tumeur adhérente aux organes voisins est une opération minutieuse et longue dont la durée pourrait être fatale à la malade. Donc dans ces cas de tumeurs ovariennes adhérentes ou encore dans les cas de tumeurs intraligamentaires dont l'ablation complète est des plus délicates, il faudra se contenter de marsupialiser la tumeur. Cette opération amène une décompression instantanée des uretères et met fin aux phénomènes d'anurie.

Ajoutons d'ailleurs que le plus souvent les néoplasmes de l'ovaire évoluent très longtemps sans contracter d'adhérences avec les organes voisins, et que le plus souvent aussi ils possèdent un pédicule assez étroit, de telle sorte que les indications opératoires de l'ablation de la tumeur après section du pédicule se trouvent devoir constituer le traitement idéal de mise dans la plupart des cas. La néphrostomie qui est l'intervention de choix dans le traitement des autres formes de

l'anurie devient ici exceptionnelle et ne doit être pratiquée que sur les sujets dont l'intoxication urémique a rendu l'état général trop précaire pour pouvoir faire les frais d'une intervention plus sérieuse.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs pelviennes chez la femme sont fréquemment une cause d'anurie. Parmi ces tumeurs, celles de l'ovaire sont capables de la réaliser.

II. — Il s'agit d'une compression de la paroi urétérale par la tumeur : l'anurie se produit d'ailleurs d'autant plus facilement chez les malades dont le fonctionnement rénal était déjà défectueux avant l'éclosion de la tumeur.

III. — Le traitement idéal dans ces cas consiste dans l'ablation de la tumeur qui doit toujours être tentée. L'extirpation est possible si la tumeur est pédiculée ; mais il est des cas où la tumeur étant adhérente ou intra-ligamentaire, il serait dangereux de soumettre un malade, dont l'état général est déjà précaire, à une intervention de longue durée : il faudra, dans ces cas,

se contenter d'un traitement moins parfait mais plus rapide, comme la marsupialisation de la tumeur.

Vu :

Le Président de la Thèse,

AUG. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 novembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

CHAVANNAZ. — Anurie par cysto-épithéliome des deux ovaires (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1903).

DARTIGUES. — *Journal de Gynécologie*, 1899 (Diagnostic et traitement des tumeurs solides de l'ovaire).

DONNADIEU. — Thèse de Bordeaux, 1894-95. De l'anurie calculuse et de son traitement chirurgical.

DREYFUSS. — Les tumeurs doubles de l'ovaire (Thèse Paris, 1908).

ELIOT. — Anurie de la lithiase. Tumeurs et néoplasmes pelviens (Thèse Paris, 1910).

LOCKHART (Montréal). — Sarcomes de l'ovaire (*Journal of obstetrics and Gynæcology of the British Empir.* Août 1909).

MALHERBE. — *Revue de Gynécologie*, 1901 (Hydronéphrose coïncidant avec des kystes de l'ovaire).

MAX NASSAUER. — Anurie par volumineux kyste de l'ovaire gauche (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1905).

MERIEL (Toulouse). — Les tumeurs solides de l'ovaire (VI^e Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, 1910).

MERKLEN. — Thèse de Paris, 1880.

PATEL. — *Revue de Chirurgie*, 1901. De l'anurie au cours du cancer de l'utérus.

Congrès de Chirurgie 1911.

RAIMONDI. — Les kystes du ligament large (Thèse Paris, 1898).

Imprimerie DUCROS & LOMBARD. — Valence.
